

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

OHUT- JA PAKSUSUOLIAVANNELEIKATTUJEN
OHJAUS

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Hanna Miettunen

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Kemi 2013

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

HANNA MIETTUNEN

OHUT- JA PAKSUSUOLIAVANNELEIKATTUJEN POTILAIEN OHJAUS

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö: 30 sivua, 3 liitettä

Ohjaajat: Anja Mikkola ja Sirpa Orajärvi

1.2.2013

Suoliavanneleikattuja on Suomessa noin 5000 ja uusia leikkauksia tehdään vuosittain noin 700. Avanne on kirurgisin menetelmin tehty eritteiden ulostuloaukko. Suolenpää tuodaan vatsanpeitteiden läpi iholle ja eritteet kerääntyvät iholle teipattuun avannesidokseen, jota tyhjennetään ja vaihdetaan. Avanne voidaan tehdä suolen eri osiin tai virtsarakkoon. Tässä työssä käsitellään ohut- ja paksusuoliavanneleikattujen potilaiden ohjausta. Virtsa-avanteet on rajattu pois, koska näin on tehty useimmissa alkuperäistutkimuksissakin. Avanne voi olla väliaikainen tai pysyvä, joka tapauksessa se on suuri elämänmuutos ja vaatii huolellista ohjausta. Laadukkaan ohjauksen vaikutukset ovat terveyttä edistäviä, potilaat oppivat sairaudestaan, voimaantuvat ja ovat itseohjautuvia. Ohjaus voi vaikuttaa oleellisesti potilaiden ja heidän läheistensä leikkauksen jälkeiseen elämänlaatuun. Hyvällä ohjauksella myös ehkäistään komplikaatioita ja luodaan näin yhteiskunnallisia säästöjä.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata ohut- ja paksusuoliavanneleikattujen potilaiden ohjausta ja siitä nousevia kehittämiskohteita. Tavoitteena on suoliavanneleikattujen potilaiden ohjauksesta aiemmin tehtyjen tutkimusten perusteella koota yhteen avanneohjauksen keskeisimmät kehittämiskohteet ja ehdotuksia siitä, miten avanneohjausta tulisi kehittää. Aineisto kirjallisuuskatsaukseen kerättiin systemaattisella haulla EBSCO, Sciencedirect ja Medic tietokannoista. Aineistonanalyysiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

Tulosten mukaan avanneohjauksessa on useita kehittämiskohteita. Avannepotilaan ja hänen omaisensa hoitoa ja ohjausta tulisi kehittää erityisesti kokonaisvaltaisempaan ja yksilöllisyyden huomioivaan suuntaan. Myös kirjallisia materiaaleja tulee kehittää niin, että niistä löytyy yksityiskohtaisia tietoja erilaisista leikkauksista omissa paketeissaan. Tutkimusten perusteella sairaanhoitajien koulutuksessa olisi tarve paneutua enemmän avannepotilaiden erityiskysymyksiin. Myös koulutusta avannepotilaan tiedon ja tuen tarpeiden tunnistamiseen sekä vuorovaikutukseen tarvitaan.

Asiasanat: avanne, avanneohjaus, kirjallisuuskatsaus

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Department of Social Services and Health Care

Degree programme in Nursing

HANNA MIETTUNEN

COUNSELING OF ILEOSTOMY AND COLOSTOMY OPERATED PATIENTS

A systematic literature review

Thesis: 30 pages, 3 appendices

Advisors: Anja Mikkola and Sirpa Orajärvi

In Finland there are about 5000 stoma patients and 700 new operations are made each year. Stoma is a surgically formed opening for elimination of excreta. The end of the bowel is brought through abdominal wall and excreta is collected to a stoma bag that is taped on skin. Bag is emptied and changed. Stoma can be created to different parts of bowel or to urinary bladder. This work handles the counseling of small and large intestine operated patients. Bladder operations are excluded, because that's the outline in most original studies as well. Stoma can be either temporary or permanent, in both cases it is always a big change of life and demands careful counseling. The impacts of high quality counseling are health promoting, patients learn about their illness, empower and get self-controlled. Counseling might affect substantially to patients' and their families' quality of life after the operation. Good counseling also prevent complications and creates social savings.

The purpose of this literature review is to describe counseling of ileostomy and colostomy operated patients and development subjects arising from it. Aim is to gather together the prime subjects of development from previous studies about stoma operated patients' counseling and make proposals of how stoma counseling should be developed. Material was collected with systematic search from databases EBSCO, Science direct and Medic. Analysis was made with inductive content analysis.

The results show, that there are many subjects of development. Stoma patients' and his/her family's care and counseling should be developed especially towards comprehensive direction that takes individual needs in to account. Also literal materials should be developed so that they involve detailed information of different kinds of operations in their own sections. This way patient isn't strained with irrelevant information and misunderstandings are prevented. According to studies nursing education has a need to involve more special information about stoma patients. In addition education to recognize the needs of information and support in stoma patients is needed as well as education of interaction.

Keywords: stoma, stoma counseling, literature review

SISÄLTÖ

| | |
|---|----|
| TIIVISTELMÄ | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 AVANNEPOTILAAN OHJAUS | 6 |
| 2.1 Avanne | 6 |
| 2.2 Ohutsuoliavanne | 6 |
| 2.3 Paksusuoliavanne | 8 |
| 2.4 Virtsa-avanne | 9 |
| 2.5 Avannekomplikaatiot | 10 |
| 2.6 Avanneohjaus | 11 |
| 3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 12 |
| 3.1 Tavoite ja tarkoitus | 12 |
| 3.2 Tutkimuskysymykset | 13 |
| 3.3 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä | 13 |
| 3.4 Aineiston keruu | 14 |
| 3.5 Valintakriteerit | 15 |
| 3.6 Valintaprosessi | 15 |
| 3.7 Sisällönanalyysi menetelmänä | 16 |
| 3.8 Analyysiprosessi | 17 |
| 4 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 18 |
| 4.1 Omaiset | 18 |
| 4.2 Yksilöllisyys ja taustatekijät | 19 |
| 4.3 Hoitokulttuuri ja koulutus | 20 |
| 4.4 Ohjauksen kehittäminen ja resurssit | 20 |
| 4.5 Kokonaisvaltainen hoito | 21 |
| 4.6 Yhteenvedo ja johtopäätökset | 21 |
| 4.7 Tulokset aiemman tiedon valossa | 21 |
| 4.8 Luotettavuuden tarkastelu | 22 |
| 5 POHDINTA | 23 |
| LÄHTEET | 27 |
| Liitteet | |

1 JOHDANTO

Avanneleikattuja on Suomessa noin 5000 ja uusia leikkauksia tehdään vuosittain noin 700. Avanne on kirurgisin menetelmin tehty eritteiden ulostuloaukko. Siihen päädytään esimerkiksi suolen puhkeamisen, syövän tai haavaisen paksusuolentulehduksen takia. Se on usein pelätty ja epätoivottu seuraus sairaudesta ja sen kanssa eläminen vaatii paljon totuttelua ja ohjausta. Laadukkaan ohjauksen vaikutukset ovat terveyttä edistäviä, potilaat oppivat sairaudestaan, voimaantuvat ja ovat itseohjautuvia. Hyvällä ohjauksella myös ehkäistään komplikaatioita ja luodaan näin yhteiskunnallisia säästöjä. Ohjauksen laadun merkitys korostuu, kun hoitoajat lyhenevät. Avanneleikatulla ohjauksen merkitys on iso, sillä hänen tulee oppia lyhyen sairaalahoidon aikana hoitamaan avannettaan itsenäisesti kotona ja mukana kulkee mahdollisesti myös psyykinen kriisi sairaudesta ja minäkuvan muutoksesta avanteen myötä. (Burch 2008, 294-295; Holzer & Gaysi & Schiessel & Rosen 2005; Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 432; Kääriäinen 2008, 10-13; Lindroos 2001, 4.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata ohut- ja paksusuoliavanneleikattujen potilaiden ohjausta ja siitä nousevia kehittämiskohteita. Useissa suoliavannepotilaiden ohjausta koskeneissa tutkimuksissa on todettu, että avanneleikatut ovat tyytymättömiä saamaansa hoitoon ja/tai ohjaukseen tai, että heidän ja läheistensä elämänlaatu on muita heikompaa (ks. esim. Notter & Burnard 2006, Cotrim & Pereira 2008, Cakmak & Aylaz & Kuzu 2010, Simmons & Smith & Bobb & Liles 2007). Tavoitteena on tehtyjen tutkimusten perusteella koota yhteen avanneohjauksen keskeisimmät kehittämiskohteet ja ehdotuksia siitä, miten avanneohjausta tulisi kehittää. Teoreettinen viitekehys muodostuu käsitteistä avanne ja avanneohjaus.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu teoreettisen tutkimuksen piiriin ja se on sekoitus laadullista ja määrällistä tutkimusmenetelmää. Analyysimenetelmänä käytetty induktiivinen sisällönanalyysi taas on laadullisen tutkimuksen menetelmä. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä toteutettaessa tarve tiiviitä, käytännönläheisiä ja laadukkaita katsauksia kohtaan kasvaa, sillä niissä on koottu yhteen olennainen useista hajanaisista tutkimuksista (Johansson & Axelin & Stolt & Ääri 2007, 98).

Tässä työssä käydään läpi teoriaa erilaisista avanteista: ohut- ja paksusuoli-, sekä virtsaavanteista, sekä suoliavanneohjauksesta ja suoliavanteisiin liittyvistä yleisimmistä

komplikaatioista. Tutkimuksesta on rajattu pois virtsa-avanneleikatut, sillä useissa tutkimuksissa käsitellään yhdessä ohut- ja paksusuoliavanneleikattuja, mutta virtsa-avanneleikatut on rajattu pois. Virtsa-avanne poikkeaa sen verran paljon suoliavanteista, että niitä on vaikea käsitellä yhdessä. Näin ollen rajausta tuli luonnostaan alkuperäistutkimusten rajausten mukaan. Mukaan on otettu tutkimuksia, joissa käsitellään sekä ohut- ja paksusuoliavanneleikattuja yhdessä tai vain jompaakumpaa potilasryhmää. Lukemisen sujuvuuden vuoksi tekstissä käytetään vain nimitystä avanne tai avanneleikattu tarkoittamaan molempia ohut- ja paksusuoliavanneleikattuja potilasryhmiä, tarvittaessa ne on kuitenkin eritelty toisistaan. Avanneleikatusta käytetään lisäksi nimitystä potilas ja omaisista puhutaan myös läheisinä tai joissain tapauksissa puolisona.

2 AVANNEPOTILAAN OHJAUS

2.1 Avanne

Avanne, toiselta nimeltään stooma tai stomia on kirurgisin menetelmin tehty aukko eritteiden ulostuloa varten. Leikkauksessa suolenpää tuodaan vatsanpeitteiden läpi iholle ja samalla elimistön oma säätelymekanismi poistuu. Avanteen toimintaa ei voi itse hallita, vaan eritteet kerääntyvät erityiseen avannesidokseen. (Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 342-343.) Avanneleikatuille suunnatussa oppaassa avanteesta käytetään myös kuvaavaa nimitystä keinotekoinen peräaukko (Tietoa avanteesta 2003, 5).

Avanne voi sijaita suolen eri osissa tai virtsarakossa. Avanne ei aina ole pysyvä vaan se voidaan tehdä myös väliaikaisesti monissa leikkauksissa. Avanne itsessään ei ole sairaus, vaan tapa hoitaa sairautta. Avanteen tekoa voi edeltää tapaturma, synnynnäinen epämuodostuma tai sairaus, kuten Crohnin tauti, haavainen paksusuolentulehdus, suolen umpipussitauti ja suolisto- tai virtsarakon syöpä. Avanteen sijasta voidaan joissain tapauksissa tehdä myös erilaisia ohutsuolisäiliöitä, joiden eritystä on mahdollista kontrolloida. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 12-13, 27-34.)

2.2 Ohutsuoliavanne

Ohutsuoliavannetyyppejä on kolmea päätyyppiä: Brooken ileostooma, loop-ileostooma ja jejunostooma, sekä erilaisia säiliötekniikoita. Ohutsuoliavanne sijaitsee tyypillisesti

vartalon oikealla puolella. Tavallisimpia syitä ileostooman tekoon ovat colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolentulehdus; Crohnin tauti, joka on krooninen tulehdus ruuansulatuskanavassa, usein ileumissa; multippeli paksusuolen syöpä; sädevaurioiden tai kasvaimen aiheuttama suolentukkeuma; fisteli eli eräänlainen aukko tai luontainen avanne suolessa sekä perforaatio eli suolen puhkeaminen. (Holmia & Murtonen & Myllymäki & Valtonen 2004, 505 ja 514; Liukkonen & Hokkanen 2003, 29.)

Brooken ileostooma tehdään ohutsuolen viimeiseen osaan ileumiin. Se on yksipiippuinen avanne, eli vain yksi suolen pää tuodaan vatsanpeitteiden päälle, yleensä paksu- ja peräsuoli poistetaan kokonaan, joten avanne on pysyvä. (Holmia & Murtonen & Myllymäki & Valtonen 2004, 505 ja 514; Liukkonen & Hokkanen 2003, 29; Iivanainen ym. 2006, 433.)

Loop-ileostooma on kaksipiippuinen ja se on yleensä aina väliaikainen. Suolen mutka on nostettu iholle sillan varaan ja suoli avattu sitä katkaisematta. Loop-ileostooma tehdään kun avanteen alapuolella sijaitsevaan suoleen on tehty toimenpide ja suoli tarvitsee aikaa parantua, esimerkiksi ileumsäiliön teossa suolisauman tulee olla tarpeeksi vahva, jotta se kestää suolensisällön luoman paineen. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 29; Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 433.)

Jejunostooma on melko harvinainen ja se tehdään vain, jos loppuosa suolesta on vaurioitunut. Se voidaan tehdä sekä yksi- että kaksipiippuisena. Jejunum on ohutsuolen keskiosa, jossa mahanesteet eivät ole vielä neutraloituneet ja siksi erite on todella hapanta ja syövyttävää. Nestettä ei ole myöskään juuri imeytynyt muualle elimistöön, joten eritettä tulee runsaasti ja se on löysää. Näistä syistä jejunostooma ei ole kovin käytännöllinen ja se aiheuttaa herkästi iho-ongelmia. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 29-30; Iivanainen ym. 2001, 343.)

Huomaamattomampia vaihtoehtoja ovat kontinentti ileostooma eli Kockin pussi ja sitä korvaamaan tullut ileumsäiliö. Näiden indikaatioita ovat colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolentulehdus ja peräsuolen eli suvuittain esiintyvä paksusuolen polyypitauti. Molemmissa operaatioissa poistetaan paksu- ja peräsuoli kokonaan. Kockin pussi tehdään ohutsuolesta ja sen uloin osa invaginoidaan eli tuppeutetaan niin, että siihen saadaan takaiskuventtiili, jonka kautta pussi tyhjennetään katetrilla 3-4 kertaa vuorokaudessa. Iholle jää vain pieni avanne, joka erittää hieman suolilimaa, sen suojaksi riittää

esimerkiksi sideharsotaitos. (Holmia ym. 2004, 503-504; Liukkonen & Hokkanen 2003, 30-31.)

Ileumsäiliöleikkauksessa lantionpohjanlihakset ja sulkijalihas säästetään, niin ettei varsinaista avannetta tarvita muuta kuin väliaikaisesti säiliön saumojen paranemista suojaamaan. Ileum-säiliö, yleensä niin kutsuttu J-pussi, yhdistetään peräsuolikanavaan niin, että ulostaminen onnistuu normaalikautta. J-pussi nimitys tulee säiliön mallista, suoli muotoillaan J-kirjaimen muotoiseksi niin, että mutkaan jää säiliö. Uloste on löysää ja entsyymipitoista ja ulostamaan joutuu 4-6 kertaa vuorokaudessa, erite myös ärsyttää peräaukkoa ja sitä ympäröivää ihoa. (Holmia ym. 2004, 503-504; Liukkonen & Hokkanen 2003, 30-31.)

2.3 Paksusuoliavanne

Paksusuoliavanteita on kolmea eri tyyppiä; transversostooma, sigmoideostooma ja cecostooma. Transversostooma on useimmiten kaksipiippuinen ja se tehdään poikittaiseen kooloniin. Avanne tulee yleensä oikealle, navan yläpuolelle ja kaksipiippuisuuden vuoksi se on usein ovaalinmuotoinen. Tätä tekniikkaa käytetään esimerkiksi tapauksissa kun potilaalla on suolitukos, suolianastomoosi eli suoliliitos, jota halutaan suojata paranemisen ajan, divertikuliitti eli suolessa on pieniä pullistuvia umpipusseja, jotka usein tulehtuvat, anaalifisteli eli luonnollinen avanne tai suoliperforaatio eli puhkeama. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 31; Holmia ym. 2004, 504-505, 516.)

Sigmoideostooma on tavallisin paksusuoliavanteista. Se tehdään paksusuolen laskevaan osaan sigmasuoleen ja avanne tulee vasemmalle alavatsalle. Sen indikaatioita ovat peräsuolen syöpä, sädehoidon aiheuttama vaurio, synnynnäinen anomalia eli epämuodostuma, trauma, fisteli tai perforaatio. Yleensä se on yksipiippuinen ja pysyvä, eli peräsuoli poistetaan kokonaan, mutta esimerkiksi peräsuolen fistelin tai trauman hoidossa se voi olla myös väliaikainen ja silloin kaksipiippuinen. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 31-32.)

Cecostooma eli umpisuoliavanne on paksusuoliavanteista harvinaisin ja siihen päädytään trauman, suoliperforaation tai paksusuolen syövän vuoksi. Cecostooma tehdään aivan paksusuolen alkuosaan ja siksi erite on löysää ja väkevää ärsyttäen ihoa helposti. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 32.)

Myös paksusuoleen voidaan tehdä säiliö. Näissä tapauksissa kyseessä on peräsuolisyöpä. Kunhan kasvain ei ole liian lähellä peräaukkoa, voidaan peräaukko ja sulkiilihakset säästää. Peräsuoli poistetaan ja sigmasuolesta tehdään säiliö, joka yhdistetään peräaukoon. Suolen toiminta säilyy lähes normaalina, ulostetiheys kuitenkin lisääntyy. Tätä voidaan helpottaa, rakentamalla paksusuolen loppuosasta J-säiliötä. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 32; Holmia ym. 2004, 504.)

2.4 Virtsa-avanne

Virtsa-avanteita tehdään virtsarakon syövän, synnynnäisen epämuodostuman, trauman tai virtsarakon toimintahäiriön vuoksi. Yleisin virtsa-avannetyyppi on Brickerin diversio, jossa virtsarakko ja tarvittaessa myös virtsaputki poistetaan kokonaan. Ohutsuolesta eristetään noin 20 cm ja eristetyn osan yläpäähän kiinnitetään virtsanjohtimet ja toinen pää tuodaan avanteeksi vatsanpeitteiden päälle. Avanne sijaitsee yleensä oikealla alavatsalla navan alapuolella. Virtsan lisäksi avanne erittää suolilimaa. Brickerin diversio ei ole varastoimis- tai pidätyskykyinen vaan siitä erittyy koko ajan sekä virtsaa että suolilimaa keräyssidokseen. Lapsille saatetaan joissain tapauksissa tehdä Brickerin diversioon sijaan harvinaisempi virtsajohdinavanne eli ureterostooma. Tällöin joko toinen, tai molemmat virtsanjohtimet tuodaan avanteeksi vatsanpeitteiden päälle. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 33-34.)

Virtsa-avanne voi olla myös pidätyskykyinen eli kontinentti. Suolesta tehdään säiliö, joka katetroidaan säännöllisin väliajoin navassa tai alavatsalla sijaitsevan katetrointikanavan kautta. Tapauksissa, joissa virtsaputki ja sen sulkiilihakset voidaan säästää leikkaukselta, on mahdollista tehdä niin kutsuttu suolirakko. Suolesta tehdään tässäkin säiliö, johon virtsanjohtimet yhdistetään, mutta virtsaaminen tapahtuu normaalikautta. Suolirakon täyttymistä ei tunne, joten se täytyy tyhjentää säännöllisesti. Tyhjentämistekniikkaa tulee harjoitella, sillä se tehdään vatsalihaksia jännittämällä ja kädellä alavatsaa painellen. Joskus myös toistokatetrointi on tarpeen. Tämänkin suolesta muotoiltu säiliö erittää suolilimaa ja siksi on tärkeä huolehtia riittävästä nesteensaannista, jottei virtsaputki tukkeudu. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 33-34.)

2.5 Avannekomplikaatiot

Avanteeseen liittyviä yleisimpiä komplikaatioita ovat ihon ärtyminen ja suolen toiminnan ongelmat. Iho voi ärtyä tai kuivua, jos se joutuu kosketuksiin väkevän eritteen kanssa, pesussa käytetään liikaa saippuaa tai hangataan ihoa, avannepusi irrotetaan liian voimakkaasti tai jos tulee karvatupentulehdus. Joillekin keräyspusin liima voi aiheuttaa allergisia reaktioita. Myös ongelmat sidonnan kanssa vaikuttavat ihon kuntoon ja aiheuttavat muutoinkin epämukavuutta. Avannesidos voi vuotaa tai irrota jos se kiinnitetään kostealle tai rasvaiselle iholle, avanne toimii runsaasti tai on sijoitettu hankalaan paikkaan kuten ihopoimuun. Ihopoimuja voi syntyä leikkauksen jälkeisen lihomisen tai laihtumisen seurauksena. Suolentoimintaan vaikuttaa eniten ruokavalio, johon tulee kiinnittää huomiota. (Holmia ym. 2004, 508-509.)

Avannepotilaalle voi syntyä erilaisia komplikaatioita, jotka aiheuttavat erityisesti iho-ongelmia. Avannetyrä syntyy vatsanpeitteiden löystymisen johdosta. Tällöin vatsaontelon sisältöä pääsee pullistumaan avannetta varten tehdystä aukosta vatsaontelon ulkopuolelle. Avanteen kohdalla näkyy pullistuma, joka vaikeuttaa avanteen sitomista ja voi johtaa iho-ongelmiin. Tyrävyö saattaa auttaa, mutta joskus tarvitaan korjaava leikkaus. Avanne voi vetäytyä sisään, jolloin avannesidos helposti vuotaa. Samalla esiintyy usein myös avanteen liiallista ulostyöntymistä. Makuulla avanne vetäytyy ja ylösnoustaessa tai muuten ponnistellessa työntyy ulos. Tämä vaikeuttaa sidontaa huomattavasti ja vaatii usein korjausleikkauksen. Avanteen ahtaantumista voi tapahtua ihon kuroutuessa infektiota, verenkiertohäiriön tai arpeutumisen seurauksena. Tämä vaikeuttaa suolen tyhjentymistä ja vaatii myös leikkauksen. Crohnin tautia sairastavilla ja sädehoitoa saaneilla potilailla avannefisteli on yleinen komplikaatio ja sekin vaatii useimmiten uuden leikkauksen. (Liukkonen & Hokkanen 2003, 99-101; Iivanainen ym. 2006, 435.)

Avannepotilas saa noudattaa normaalia ruokavaliota, mutta tiettyihin asioihin tulee kuitenkin kiinnittää huomiota. Avanneleikkaus altistaa suolitukoksille ja siksi ruoka tulee pureskella huolellisesti, hotkimatta ja juomat nauttia mieluiten aterioiden välillä. Tämä voi myös vähentää ilmavaivoja. Kaasunmuodostukseen ja ulosteen pahaan hajuun voivat vaikuttaa esimerkiksi kasvikset kuten herne, kaali, sipuli sekä antibiootit, vitamiinit ja kivennäisainevalmisteet. Paksusuoliavannepotilaiden ongelmana on usein ummetus ja siksi suositetaan kuitupitoisia ruokia. Samalla täytyy kuitenkin varoa suolentukkeuman syntymistä. Varottavia ruoka-aineita ovat leseet, alkio, sitkeä liha, kuivatut hedelmät,

sitrushedelmien kalvot, kokonaiset jyvät ja raa'at kasvikset isoina annoksina. (Aapro & Kupiainen & Leander 2008, 189-190; Haglund & Huupponen & Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 238-240.)

Ohutsuolipotilailla on usein ripulia ja neste imeytyy muutenkin huonommin paksusuolen puuttuessa, erityisesti alussa. Siksi nestehukkaa tulee ehkäistä juomalla runsaasti, jopa 3 litraa päivässä. Ripulin jatkuessa kivennäisaineiden saannista on huolehdittava, natriumia saa helposti runsassuolaisesta ruuasta. Myös B12-vitamiinin pitoisuus on huomioitava kun ohutsuolta on leikattu. (Aapro & Kupiainen & Leander 2008, 189-190; Haglund & Huupponen & Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 238-240.)

2.6 Avanneohjaus

Potilasohjausta voidaan pitää yhtenä hoitotyön keskeisistä auttamis- ja työmenetelmistä. Siihen kuuluvat kaikki opetus- ja ohjausprosessit, jotka auttavat potilasta ymmärtämään paremmin omaa terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutustaan sekä toteuttamaan omahoitoa. Parhaimmillaan se lisää potilaan hoitoon sitoutumista ja edistää selviytymistä. Hoitoon osallistumisen kautta potilas saa tunnetta elämänhallinnasta. Potilasohjauksen perusteet ja oikeutus, sekä velvoite antaa ohjausta, löytyvät kansallisista laeista ja asetuksista (esim. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista). Lisäksi hoitohenkilökuntaa ohjaavat yhteiset terveydenhuollon eettiset periaatteet ja oma ammattietiikka. (Holmia ym. 2004, 36; Lahtinen 2006, 6-7; Onnismaa 2007, 20; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet.)

Ohjausta tapahtuu monessa eri vaiheessa: sairaalaan tullessa, osastojaksolla sekä kotiutuessa. Tutkimusten mukaan hyvin valmisteltu potilas hyväksyy paremmin muuttuneen tilanteensa (Ahonen & Blek-Vehkaluoto & Ekola & Partamies & Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 533). Ohjauksen tulisi aina olla prosessi, jossa yhdessä potilaan kanssa määritellään ohjauksen tarve ja sen perusteella tehdään suunnitelma sekä asetetaan tavoitteet. Hyvässä ohjausprosessissa toteutuksen jälkeen tulisi vielä arvioida ohjauksen onnistumista ja vaikuttavuutta sekä varmistaa ohjauksen jatkuvuus. Prosessin jokainen osa on tärkeä ohjauksen onnistumisen kannalta. (Iso-Kivijärvi & Keskitalo & Kukkola & Ojala & Olsbo & Pohjola & Väänänen 2006, 10-11; Onnismaa 2007, 22-23.)

Ennen avanneleikkausta potilaat käyvät yleensä avannehoitajan vastaanotolla. Tässä vaiheessa ohjauksessa korostuu henkisten voimavarojen tukeminen ja tulevaan leikkaukseen valmistautuminen. Potilaalla on oikeus saada, ja hoitajalla velvollisuus antaa, kaikki mahdollinen tieto leikkaukseen ja sen mahdollisiin komplikaatioihin ja syihin liittyen. Ohjauksessa käydään läpi myös leikkauksen jälkeiset odotukset realistisesti. Leikkauksen jälkeen ohjaus aloitetaan heti, kun potilas on fyysisesti ja psyykkisesti valmis ottamaan ohjausta vastaan. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas hyväksyy avanteen, kykenee hoitamaan sitä itsenäisesti ja ettei avanne rajoita täysipainoista normaalia elämää. Avannepotilaille on monenlaisia sairauksia ja tilanteita taustallaan. Toisen leikkaus on suunniteltu ja odotettu, jopa toivottu helpotus sairauden oireisiin, toisaalta monelle avanne on myös pelätty seuraus kroonisesta sairaudesta. Joskus avanne joudutaan tekemään päivystysleikkauksessa ilman edeltävää ohjausta. (Burch 2008, 122; Iivanainen ym. 2001, 343; Eloranta & Vähätalo & Rasimus & Elomaa & Johansson 2010, 5; Liukkonen & Hokkanen 2003, 35, 47-48, 52-54, 92.)

Avanneohjausta tutkittaessa ohjauksen osa-alueet on jaettu esimerkiksi seuraavasti kuuteen eri osa-alueeseen. Biofysiologiseen osioon kuuluu sairauden oireet, mahdolliset tutkimukset ja hoidot. Toiminnallisessa osiossa käydään läpi arkea avanteen kanssa, esimerkiksi avanteen tyhjennys, avanteen sitominen ja ruokavalion vaikutus suolen toimintaan kuuluvat tähän. Kokemuksellinen osa-alue sisältää avanteeseen ja sairauteen liittyvät tunteet ja aiemmat kokemukset. Sosiaalisessa osiossa käsitellään ihmissuhteita ja harrastuksia, miten avanne voi vaikuttaa ja on vaikuttanut esimerkiksi parisuhteeseen ja rohkaistaan jatkamaan vanhoja harrastuksia. Eettiseen osioon kuuluvat potilaan lailliset oikeudet, taloudelliseen osioon taas kuuluvat hänelle koituvat kustannukset ja mahdolliset tuet. (Eloranta ym. 2010, 5.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tavoite ja tarkoitus

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kuvata ohut- ja paksusuoliavanneleikattujen potilaiden ohjausta ja siitä nousevia kehittämiskohteita. Tavoitteena on tehtyjen tutkimusten perusteella tuoda esille avanneohjauksen keskeisimmät kehittämiskohteet ja ehdotuksia siitä, miten avanneohjausta tulisi kehittää.

3.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset asetetaan suunnitteluvaiheessa, kun aihe on ensin valittu, tutustuttu aiempaan tutkimustietoon ja määritelty tarve kirjallisuuskatsaukselle. Kysymyksiä voi olla yhdestä kolmeen. (Johansson ym. 2007, 6.) Tässä tutkimuskysymyksiä asetettiin yksi:

Mitä kehittämiskohteita ohut- ja paksusuoliavanneleikattujen potilaiden ohjauksessa tutkimusten mukaan on?

Tutkimusartikkelien tulee olla hoitotieteellisiä tutkimusartikkeleita (1) ja käsitellä avanepotilaan ja/tai tämän omaisten ohjausta ja selviytymistä avanteen kanssa (2). Lisäksi tutkimusten tulee olla korkeintaan 10 vuotta vanhoja (3) ja joko suomen- tai englanninkielisiä (4). Julkaistujen tutkimusartikkeleiden lisäksi mukaan otettiin myös yksi avanepohjausta käsittelevä pro gradu- tutkimus sekä yksi opinnäytetyönä tehty tutkimus suoliavanneleikattujen ohjauksesta.

3.3 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimus, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta. Se tehdään usein varsinaisen tutkimuksen valmistelu vaiheessa. Tällöin tarkoitus on tutustua aiempien aiheeseen liittyvien tutkimusten metodologiaan ja rajata valittua aihetta. (Parahoo 1997, 94.) Kirjallisuuskatsaus voi olla myös tutkimus itsessään, se on 'tutkimusta tutkimuksesta' (Salminen 2011, 4).

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellyttää, että valitusta aiheesta on olemassa edes jonkin verran tutkittua tietoa. Siihen on koottu tietoa tietystä aiheesta, vastauksena määriteltyyn tutkimusongelmaan. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus, johon valitaan tarkoin tutkimukset, jotka vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksen teko voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen; ensimmäisenä suunnittelu, sitten itse katsauksen teko, johon kuuluu tutkimusten haku, analysointi ja synteesi, ja kolmantena katsauksen raportointi. (Johansson ym. 2007, 2-5; Salminen 2011, 1.)

Kirjallisuuskatsauksen tekemistä voi perustella monin tavoin. Tavoitteena voi olla olemassa olevan teorian kehittäminen tai arvioiminen, tai jopa uuden rakentaminen. Sen avulla voidaan myös kuvata jonkin tietyn teorian kehitystä historiallisesti tai rakentaa kokonaiskuvaa jostain tietystä asiakokonaisuudesta sekä tunnistaa ongelmia. Kirjallisuuskatsaus on metodina sekoitus kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus tuo tutkimukseen joko laadullisen tai määrällisen otteen. (Salminen 2011, 3-4.) Systemoidun kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista yhdistää olemassa olevia tutkimustuloksia ja hyödyntää niitä tehokkaasti (Metsämuuronen 2005, 39; Parahoo 1997, 94-95).

Tässä katsauksessa tarkoituksena on rakentaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta, avannepotilaiden ohjauksesta, sekä tunnistaa siinä esiintyviä ongelmia. Tämän kirjallisuuskatsauksen kuvaileva tarkoitus tuo tutkimukseen enemmän laadullisen kuin määrällisen otteen.

Tutkimussuunnitelmassa esitellään aiheen rajaus, tutkimuskysymykset ja menetelmät, joita tutkimuksen tekemisessä käytetään. Suunnitelmasta selviää myös hyväksymis- ja poissulkukriteerit, joiden perusteella katsaukseen hyväksytään artikkelit. Menetelmiin kuuluvat hakutermit ja tietokannat, joita käytetään tutkimusten hakemiseen sekä aineiston analysointiin käytettävä menetelmä. Katsausta tehdessä tarkka kirjaaminen eri vaiheista on tärkeää tutkimuksen relevanttiuden kannalta. Kirjallisuuskatsaus tulee muiden tutkimusten tapaan olla toistettavissa. (Johansson ym. 2007, 4-6. Metsämuuronen 2005, 39.)

3.4 Aineiston keruu

Aineistonkeruu tapahtui Nelli-portaalin kautta eri tietokannoista. Hakukriteereinä oli (1) joko suomen- tai englanninkieli, (2) julkaistu aikaisintaan vuonna 2002, (3) koko artikkeli luettavissa (4) hoitotieteellinen artikkeli. Ennen varsinaista tiedonhakua tutkija suoritti alustavia hakuja eri tietokannoissa sekä tutustui tutkittavaan aiheeseen. Alustavan tiedonhaun tarkoituksena on löytää tietokannat, joista sopivaa aineistoa on löydettävissä. Aiheeseen tutustuminen auttaa oikeiden hakusanojen tunnistamisessa.

Aineistoa kerättiin seuraavista tietokannoista: EBSCOhost, Science Direct ja Medic. Hakuja tehtiin myös muissa tietokannoissa kuten Arto, Aleksi, Linda, PubMed ja Cochrane library, mutta niistä ei löytynyt lainkaan sopivia artikkeleita, joita muista tietokannoista ei olisi jo löydetty. Tutkimukseen sopivia artikkeleita löytyi yhteensä 14. Hakusanoina käytettiin sanoja avanne ja stooma sekä englanninkielisiä sanoja stoma, ileostomy ja colostomy yhdistäen niihin tarvittaessa ohjausta kuvaavia sanoja counseling, education ja care. Koska hakukoneiden hakustrategiat poikkeavat toisistaan, määriteltiin rajaukset jokaisessa tietokannassa erikseen.

3.5 Valintakriteerit

Tutkimusartikkelien tulee olla hoitotieteellisiä tutkimusartikkeleita (1) ja käsitellä avannepotilaan ja/tai tämän omaisten ohjausta ja selviytymistä avanteen kanssa (2). Lisäksi tutkimusten tulee olla enintään 10 vuotta vanhoja (3) ja joko suomen- tai englanninkielisiä (4). Julkaistujen tutkimusartikkeleiden lisäksi mukaan otettiin myös yksi avannepotilaan ja tämän omaisen tuensaantia ja selviytymistä käsittelevä pro gradu- tutkimus sekä yksi opinnäytetyönä tehty tutkimus suoliavanneleikattujen ohjauksesta sairaalajakson aikana.

3.6 Valintaprosessi

Science Direct on kansainvälinen tieteellisiä artikkeleita sisältävä tietokanta. Tästä tietokannasta tuloksia tuli selvästi eniten. Hakusanoina käytettiin termejä stoma AND counseling. Hakusanoja rajattiin etsittäväksi ainoastaan otsikosta, tiivistelmästä ja avainsanoista. Tuloksia saatiin näin 652. Seuraavaksi suljettiin pois selvästi asiaan kuulumattomia artikkeleita, kuten urologiaan liittyvät tutkimukset ja osumia jäi vielä 52. Näistä käytiin läpi ensin otsikot saaden 7 sopivalta vaikuttavaa artikkelia. Otsikon perusteella hyväksytyistä luettiin vielä tiivistelmät ja valittiin 4 artikkelia.

Seuraava sanayhdistelmä stoma AND education tuotti 137 tulosta. Näistä luettiin otsikot, joiden perusteella seitsemän valittiin. Kaksi oli jo edellisessä haussa valittuja ja kahdesta puuttui koko teksti versio, lopulta löytyi kolme uutta artikkelia. Sitten kokeiltiin vielä hakuja sanoilla ileostomy, colostomy ja stoma yhdistettynä sanaan care, näi-

den hakujen tuloksena valittiin vielä kaksi artikkelia. Science Directista löytyi lopulta siis yhteensä yhdeksän kriteerit täyttävää tutkimusartikkelia.

EBSCOhost on myös kansainvälinen kokonaisia artikkeleita sisältävä tietokanta. EBSCOssa käytettiin samoja hakuasanoja, mutta tuloksia oli vähemmän, joten poissulku tapahtui otsikoiden ja tiivistelmien perusteella. Haku pelkästään sanalla stoma tuotti 755 tulosta, joten kokeiltiin sanayhdistelmää stoma AND counseling, joka ei antanut yhtään sopivaa artikkelia. Yhdistelmällä stoma AND care saatiin 208 tulosta. Näistä otsikon perusteella valittiin viisi, joista tiivistelmän perusteella mukaan valittiin kaksi tutkimusartikkelia. Osa tulokseksi saaduista artikkeleista oli samoja kuin Science Directista jo valitut tutkimukset. EBSCOsta tulokseksi saatiin kaksi uutta katsaukseen sopivaa artikkelia.

Suomenkielisessä Medic-tietokannassa hakusanana käytettiin sanoja avanne (23 osumaa) ja stooma (9 osumaa). Hakua ei tarvinnut täsmentää enempää, koska näinkin tuloksia oli vain vähän. Medicistä valittiin kaksi tutkimukseen sopivaa artikkelia. Lisäksi käsihaulla löytyi yksi sopiva opinnäytetyö.

3.7 Sisällönanalyysi menetelmänä

Sisällönanalyysin tarkoituksena on saada tutkittavasta aiheesta tiivistetty kuvaus yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.) Sisällönanalyysin avulla aineistoja ja ilmiöitä voidaan analysoida, järjestää, kuvailla ja kvantifioida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi sopii erityisesti strukturoimattoman aineiston, kuten kirjeiden, puheiden, raporttien ja artikkeleiden ym. kirjallisten dokumenttien analysointiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Sisällönanalyysia voidaan lähteä tekemään joko aineistosta käsin induktiivisesti tai sitten valmiin käsitejärjestelmän pohjalta deduktiivisesti. Joka tapauksessa ennen analyysia on määritettävä analyysiyksikkö, joka voi olla yksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Tämä analyysiyksikkö ja tutkimuskysymys mielessä aineisto luetaan useaan kertaan läpi esittäen sille aiheeseen sopivia kysymyksiä, näin luodaan pohjaa varsinaiselle analyysille. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Induktiivisessa menettelyssä analyysi lähtee tutkimuskysymyksestä, jonka perusteella aineistosta haetaan vastauksia kysymykseen. Vastaukset pelkistetään ja yhdistellään ryhmittäin etsimällä vastauksista yhteisiä piirteitä, ryhmille tai kategorioille annetaan yhteiset nimet ja kootaan edelleen isomman otsikon, yläkategorian alle. Tätä kutsutaan aineiston abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. Abstrahoinnin tuloksena tehdään esimerkiksi taulukko, jossa luetellaan alakategoriaan kuuluvat käsitteet ja kootaan ne edelleen yläkategorioihin, joiden avulla löydetään kaikkia yhdistävä kategoria. Yhdistävät kategoriat ovat merkityskokonaisuuksia, joiden perusteella aiheesta voidaan tehdä johtopäätöksiä. Haasteena on jättää kaikki ylimääräinen pois ja vastata vain asetettuun kysymykseen vaikka muutakin mielenkiintoista tietoa on tarjolla. (Alasuutari 2011, 40; Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2002, 94, 102-105.)

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä käytetään valmista viitekehystä aineiston analysointiin. Viitekehys voi olla teema, käsitekartta tai malli, joka perustuu aiempaan tutkittuun tietoon. Valmiin tiedon avulla muodostetaan anaalisirunko, johon sopivia asioita etsitään tutkimusaineistosta. Väljään analyysirunkoon voi muodostaa induktiivisen analyysin periaatteiden mukaisia kategorioita tai strukturoitua analyysirunkoa voi käyttää tiukasti niin, että poimii aineistosta vain analyysirunkoon sopivia asioita. Tarvittaessa ulkopuolelle jäävät asiat poimitaan erikseen ja muodostetaan niille oma luokka induktiivisen analyysin periaattein. Deduktiivisen sisällönanalyysin avulla voidaan testata valmiita malleja eri konteksteissa. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysi tehtiin induktiivista menettelytapaa toteuttaen. Aineistona ovat katsaukseen tarkoin valitut tutkimusartikkelit. Tutkimusyksikönä tutkimuskysymykseen vastaavat ilmaukset avanneohjauksen puutteista, kehittämiskohteista ja kehittämisehdotuksista.

3.8 Analyysiprosessi

Tutkija luki valittuja artikkeleita useaan otteeseen, ensin tutustuen ja kääntäen tekstiä. Sitten tutkija luki tekstiä hakien vastausta tutkimuskysymykseen:

Mitä kehittämiskohteita ohut- ja paksusuoliavanneleikattujen potilaiden ohjauksessa tutkimusten mukaan on?

Aluksi tulostetuista artikkeleista alleviivattiin kysymystä käsittelevät kohdat ja luettiin edelleen uudestaan, kirjoittaen marginaaliin pelkistettyjä ilmauksia. Tutkija kokosi kaikki tutkimukset yhteen taulukkoon, johon kirjattiin tutkimuksen toteutustapa, keskeisimmät tulokset ja kehittämis ehdotukset. Tutkimusartikkeleissa tulokset on koottu useimmiten loppuun tulokset tai johtopäätökset osioon, jossa ilmaukset olivat usein jo valmiiksi melko pelkistettyinä. Niinpä tulosten pohjalta oli mahdollista tehdä jo alakategorioita. Nämä tutkija on kerännyt yhteen taulukkoon (Liite 1.), josta löytyy kaikki tutkimukset tekijöineen, työtapoineen ja tuloksineen. Nämä pelkistetyt ilmaukset ja alakategoriat tutkija kokosi jälleen yhteen taulukkoon ja muodosti niitä yhdistävän yläkategorian, tämä prosessi näkyy liitteessä 2.

4 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Alkuperäistutkimuksien mukaan avannepotilaiden ohjauksessa ja hoidossa on monia kehittämistä vaativia alueita.

4.1 Omaiset

Useista tutkimuksista nousi esille omaisten huomiotta jättäminen ohjauksessa. Omaisten tuki ja hoito on kuitenkin monelle ensisijaisen tärkeää selviytymisen kannalta. Tseng ym. (2004) totesivat tutkimuksessa kolostomiapotilaiden stressitekijöistä, että omaisten tuki lievittää stressiä ja erityisesti naispuoliset puoliset osallistuivat avanteen hoitoon. Cotrim ja Pereira (2008) taas korostivat omaisten tiedon- ja tuensaannin tärkeyttä. Avannepotilaiden lisäksi myös omaiset kokivat lisääntyntä masennusta ja ahdistusta.

”...study showed that caregivers had high levels of burden related to care of patients with cancer---if help professionals help caregivers to better understand and patients’ symptoms and needs, the care they provided...can improve their quality of life”

Omaisen ohjaus ja tuki vähentää omaisen riittämättömyydetunnetta, auttaa häntä autamaan potilasta ja edistää näin molempien terveyttä ja selviytymistä.

Cakmak ym. (2010) osoittivat, että avanteella on suuri vaikutus myös puolison elämään ja siksi häntä ei saa jättää ohjauksen ja tuen ulkopuolelle.

”-social and sexual aspects of life are affected in the spouses—preoperative counseling should not only include the patient, but the spouse as well”

Kaikista avanteen tuomista muutoksista täytyy kertoa ja erityisesti sen mahdollisista vaikutuksista sosiaaliseen ja seksuaaliseen elämään tulee keskustella yhdessä puolison kanssa. Tässäkin tutkimuksessa tuli ilmi, että naispuolisot usein hoitavat avannetta puolisonsa puolesta, jolloin ohjaus on erityisen tärkeää.

4.2 Yksilöllisyys ja taustatekijät

Toinen useissa tutkimuksissa korostuva kehittämiskohde on yksilöllisyyden ja taustatekijät huomioiva hoito ja ohjaus. Popek ym. (2010) osoittivat tutkimuksessaan, että tietynlaisia selviytymiskeinoja käyttävät ja tiettyjä piirteitä omaavat avannepotilaat kokiivat elämänlaatunsa muita huonommaksi.

”LQOL(low quality of life) patients had poor coping skills, were dissatisfied with the quality of medical care they received, and less motivated to manage their disease. --- Interventions that may help LQOL patients include ostomy support groups, preoperative education, and peers with ostomies.”

He kärsivät enemmän masennuksesta, eivätkä olleet motivoituneita hoitamaan avannettaan. Siksi potilaan psykologisen ja lääketieteellisen tilan tunteminen jo ennen leikkausta voisi ennaltaehkäistä ongelmia. Heille voisi tarjota esimerkiksi vertaistukea, tukiryhmiä ja keskittyä preoperatiiviseen ohjaukseen enemmän.

Krouse ym. (2009) puhuivat myös yksilöllisen hoidon puolesta, kun haasteena on selviytyminen ja avanteen hyväksyminen. He korostivat, että sukupuolella voi olla vaikutusta toimivien selviytymiskeinojen valinnassa. Miehillä hoitovälineiden täydellinen hallinta voi toimia selviytymiskeinona, kun taas naiset käsittelevät enemmän avanteen emotionaalisia ja psykologisia vaikutuksia ja tarvitsevat empatiaa. Tseng ym. (2004) puhuivat myös yksilöllisen hoito- ja kotiutussuunnitelman puolesta. Potilaan ikä, fyysinen kunto ja psykososiaalinen kehitystaso tulee ottaa huomioon. Esimerkiksi hedelmällisessä iässä oleva nainen tarvitsee erilaista tietoa kuin eläkeikäinen mies.

4.3 Hoitokulttuuri ja koulutus

Hoitokulttuuri nousi esille Perssonin ym. (2003) Ruotsissa toteuttamassa tutkimuksessa. Potilaat kokivat, etteivät he saaneet riittävästi tietoa hoitoon liittyvistä lääketieteellisistä tutkimuksista ja laboratoriotesteistä. He eivät myöskään saaneet vaikuttaa hoitoa koskeviin päätöksiin tarpeeksi. Tutkimuksessa korostettiin, että hoidon tasoa tulisi arvioida jatkuvasti laadun ylläpitämiseksi. Hoitajien koulutukseen ja/tai asenteisiin kaivattiin parannusta useissa tutkimuksissa (Persson ym. 2003, Liimatainen 2007, Notter & Burnard 2004).

”nurses need education about how to handle questions about sexuality” (Persson)

“nurse educators need to ensure that both pre and post registration training covers issues such as these(stoma care)” (Notter & Burnard)

Erityisesti osastoilla ja terveyskeskuksissa työskentelevien hoitajien kerrottiin olevan epävarmoja avannetta koskevista tiedoista ja taidoistaan, siksi he turvautuivat usein avannehoitajaan.

Koska avannehoitajia on vain vähän ja hoitoajat sairaalassa ovat lyhyitä, tulisi kaikkien avannepotilaita säännöllisesti hoitavien osata vähintään perustiedot avanteen hoidosta ja avanneohjauksesta. Muutoin potilaan hoito ja ohjaus voi vaarantua avannehoitajan poissaollessa. Asenteisiin liittyen hoitajien puheet potilaiden kuullen olivat toisinaan loukkaavia, eikä potilaan yksityisyyttä sairaalassa aina huomioitu.

4.4 Ohjauksen kehittäminen ja resurssit

Ohjauksen kehittäminen tuli esille Liimataisen (2007) työssä, jossa ohjauskertoja toivottiin enemmän ja sisältöjä toivottiin tarkistettavan. Elorannan ym. (2010) avannepotilaan voimavaraistumista tukevaa ohjausta tutkittiin käsitekartan avulla ja todettiin, että sen avulla ohjausta voidaan kehittää, mutta käsitekartan käyttöä tulee opetella. Notterin ja Burnardin (2004) tutkimuksessa kaivattiin yksityiskohtaisempia ohjausmateriaaleja, sillä eri leikkaukseen tuleville suunniteltu materiaali on harhaanjohtavaa ja johtaa pahimmillaan syviin järkytyksiin.

4.5 Kokonaisvaltainen hoito

Kokonaisvaltainen hoito tuli esille erityisesti Younisin ym. (2011) ERP:tä (enhanced recovery programme) koskeneessa tutkimuksessa. Sairaalahoitojaksot lyhenivät kuudella päivällä, kun kiinnitettiin huomiota koko perioperatiiviseen prosessiin preoperatiivisesta ohjauksesta, intraoperatiiviseen seurantaan ja aikaiseen kuntoutukseen. Kokonaisvaltaisuuteen liittyen useissa tutkimuksissa todettiin psyykkisen ja sosiaalisen puolen jäävän liian vähälle huomiolle (Kingsley ym. 2007, Zheng ym. 2012, Notter & Burnard 2004, Eloranta ym. 2010, Seppänen 2010.)

4.6 Yhteenveto ja johtopäätökset

Johtopäätöksenä todetaan, että avannepotilaan ja hänen omaisensa hoitoa ja ohjausta tulisi kehittää erityisesti kokonaisvaltaisempaan ja yksilöllisyyden huomioivaan suuntaan. Myös kirjallisia materiaaleja tulee kehittää niin, että niistä löytyy yksityiskohtaisia tietoja eri tyyppisistä leikkauksista, jotta potilasta ei kuormiteta turhalla tiedolla, eikä syntyisi väärinkäsityksiä. Sairaanhoitajien koulutuksessa ja jo työssä olevien täydennyskoulutuksissa olisi ehkä tarve paneutua enemmän avannepotilaiden erityiskysymyksiin, jotta muillakin kuin avannehoitajilla olisi tarvittavat tiedot ja taidot potilaiden kohtaamiseen. Myös koulutusta potilaan tiedon ja tuen tarpeiden tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen sekä vuorovaikutukseen tarvitaan.

4.7 Tulokset aiemman tiedon valossa

Useissa muissa ohjausta koskeneissa tutkimuksissa on saatu tätä kirjallisuuskatsausta tukevia tuloksia. Yksilöllisen tiedon puolesta ovat puhuneet aiemmin myös O'Connor ym. (2010) sekä Worster ja Holmes (2008, 2009). Molemmat tutkivat peräsuolisyöpäpotilaiden tiedon tarpeita ja tärkeimmäksi nousi nimenomaan yksilöllisen tiedon tarve. Tutkijat ehdottivat, että jokaiselle potilaalle räätälöitäisiin omanlainen tietopaketti, josta tietoa annettaisiin vähitellen. Tärkeää on myös saada paneutua materiaaliin omassa rauhassa. Potilaille täytyy siis olla muutakin kuin suullista ohjausta (ks. myös Salminen-Tuomaala ym. 2010). Näin vältetään informaatiotulvan aiheuttama hämmennys ja väärinkäsitykset ja tieto on myös helpompi sisäistää, kun sitä ei tule liikaa kerralla. Lisäksi

tulee huomioida kunkin potilaan tiedon tarpeet. Potilas ei välttämättä halua tietää aivan kaikkea. Myös yksityisyyden tarve nousi esille, sillä suolentoiminta on yksityisasia, josta puhuminen osastoilla, erityisesti toisen sukupuolen edustajien läsnä ollessa, koetaan nöyryyttäväksi (Worster & Holmes 2009).

Myös Kääriäisen (2007) tutkimuksessa potilasohjauksesta nousi esille potilaslähtöisyys, joka tarkoittaa myös yksilöllisyyttä. Yleisesti kaivattiin enemmän ohjausta vertaistukeen ja sosiaaliseen tukeen sekä panostusta ohjausmenetelmien monimuotoisempaan käyttöön pelkän suullisen ohjauksen lisäksi. Myös Kääriäinen korosti omaisten roolia ohjauksessa sekä potilaan taustatekijöihin tutustumista. Kotitutumisvaiheeseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta ongelmat tunnistetaan.

Johansson ym. (2006) tutkivat käsitekartan käyttöä ortopedisten potilaiden ohjauksessa. Käsitekartta oli suullisen ohjauksen pohjana kirjalliseen materiaaliin yhdistettynä ja näin saatiin parempia oppimistuloksia kuin systemoimattoman suullisen ohjauksen ja kirjallisen materiaalin yhdistelmällä.

4.8 Luotettavuuden tarkastelu

Tutkimuksessa vältetään virheiden syntymistä ja siksi sen luotettavuutta tulee aina arvioida. Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa, että on tutkittu sitä, mitä on luvattukin tutkia. Laadullisessa tutkimuksessa validiutta voi arvioida myös tarkastelemalla ovatko selitykset ja tulkinnot kuvauksen kanssa yhteensopivia. Reliabiliteetti taas liittyy tutkimuksen toistettavuuteen. Onko prosessi kuvattu niin, että toinen tutkija voi päätyä samoihin tuloksiin toistamalla tutkimuksen, eivätkä tulokset siis ole sattumanvaraisia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun kuuluu havaintojen luotettavuuden ja puolueettomuuden tarkastelu. (Tuomi & Sarajärvi 2009 134-136; Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2008, 226-227.)

Kirjallisuuskatsauksessa havainnoilla tarkoitetaan valittuja alkuperäisaineistoja ja niiden luotettavuutta, tähän vaikuttaa myös aineistonvalintaprosessi. Tuloksiin voi vaikuttaa se, mitä tutkimuksia valitaan mukaan ja jätetään pois. Tämän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta pyrittiin varmistamaan monin keinoin. Tutkija haki aineistoja tietokannoista, jotka sisältävät tieteellisiä, tarkastettuja tutkimusartikkeleita. Mukaan otettiin myös yksi

pro gradu- työ sekä yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyö harkinnan jälkeen. Tutkija pyrki olemaan puolueeton valitessaan ja analysoidessaan tutkimuksia. Mukaan otettiin kaikki tietokannoista hakutermeillä löydetty tutkimukset, jotka vastasivat valittuun tutkimuskysymykseen. Tutkija poimi analyysiin mukaan kaikki kehittämis ehdotukset ja puutteet, joita tutkimuksissa oli tullut ilmi. Lukija voi tarkastella validiutta liitteistä löytyvien taulukoiden ja tekstiin poimittujen tutkimusotteiden kautta. Luotettavuutta lisää myös tarkka kuvaus tiedonhaku ja analyysiprosessin etenemisestä (Hirsjärvi ym. 2008, 227).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voi mitata myös neljän kriteerin kautta: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.) Uskottavuutta on pyritty osoittamaan peilaamalla tutkimustuloksia muihin ohjauksesta tehtyihin tutkimuksiin. Vahvistettavuus tulee tarkan prosessin kuvauksen kautta. Toinen tutkija voi tämän raportin perusteella löytää samat alkuperäistutkimukset ja päätyä samoihin tuloksiin. Kuitenkin tutkimuksia tulee koko ajan lisää, joten tulevaisuudessa tutkimuksia luultavimmin löytyy koko ajan enemmän. Refleksiivisyys liittyy tutkijan omiin lähtökohtiin tutkijana. Tämä kirjallisuuskatsaus oli tutkijalle ensimmäinen tutkimus, joten kaikki on ollut uutta ja saattaa näkyä tutkimuksesta ja raportista. Tutkimukseen on kuitenkin paneuduttu kunnolla opiskellen teoriaa sekä aiheeseen, että tutkimuksen tekoon liittyen. Tutkimustulosten tulee olla myös siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tässä siirrettävyyttä on tutkailtu muiden potilasryhmien ohjauksesta tehtyjen tutkimusten kautta ja todettu, että vastaavanlaisia kehittämiskohteita löytyy myös heillä.

Omat rajoitteensa luotettavuudelle aiheuttaa tutkijan ja resurssien rajallisuus. Opinnäytetyötä tekemässä on vain yksi tutkija ja näin ollen kaikki valinnat ja tulkinnat ovat vain yhden tutkijan harkinnan tulosta. Tutkijatriangulaatio toisi lisää luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2008, 228), siihen ei kuitenkaan tämän opinnäytetyön puitteissa ollut mahdollisuutta.

5 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi alkoi jo syksyllä 2011. Aluksi tarkoituksenani oli tehdä määrällinen tutkimus lähisairaaloiden avannepotilaiden ohjauksesta ja teinkin jo tutkimussuun-

nitelmaa siltä pohjalta melko pitkälle. Oulussa oli kuitenkin tehty hieman vastaavanlainen tutkimus syksyllä 2010, joten siellä ei ollut tarvetta uudelle tutkimukselle näin pian. Ilman Oulun yliopistollisen sairaalan potilaita tutkimusjoukko olisi liian pieni määrälliseen tutkimukseen.

Syksyllä 2012 OYS:in tutkimuskoordinaattori vihjaisi, että kirjallisuuskatsaus aiheesta voisi olla sopiva aihe ja päätinkin tarttua siihen. Aloin heti perehtyä kirjallisuuskatsaukseen tutkimuksena ja menetelmänä. Iso osa jo kirjoitetusta tutkimussuunnitelmasta oli käytettävissä myös kirjallisuuskatsauksen tekoon, lähes koko teoreettinen viitekehys avanteista ja avanneohjauksesta siirrettiin suoraan uuteen suunnitelmaan. Aiemmin kirjoittaminen takkuili kovasti, mutta nyt se lähti hyvin käyntiin. Kirjallisuutta löytyi melko paljon, vaikkakin systemaattinen kirjallisuuskatsaus erityisesti opinnäytetyönä on verrattain uusi aihe.

Opinnäytetyöprosessin aikana olen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen lisäksi tutustunut myös määrällisen tutkimuksen ja kyselylomakkeiden tekoon vaikka kyselyä ja analysointia siitä en loppujen lopuksi tehnyt. Tutustuin myös laadullisen tutkimuksen tekemiseen ja erityisesti analysointiin ja arviointiin sisällönanalyysin kautta. Potilaita tutkittaessa tulee huomioda todella monia asioita liittyen yksityisyyden suojaan ja etiikkaan. Potilaita ei haluta vaivata turhaan tutkimuksilla, jotka eivät todennäköisesti tuo uutta tietoa ja siksi aiheita tulee miettiä tarkkaan. Tämän sain kokea kantapäähän kautta. Huomasin, kuinka vaikeaa työhön tarttuminen yksin voi olla ja kuinka palkitsevaa työn valmiiksi saaminen lopulta on.

Kirjallisuuskatsaus työnä oli mielenkiintoinen ja antoi laajasti tietoa valitusta aiheesta. Opin valtavasti erilaisten tutkimusten tekemisestä sekä avanteista ja ohjauksesta. Kaikki opittu auttaa minua työssäni sairaanhoitajana, erityisesti erilaisia ohjaustaitoja tarvitsee päivittäin potilastyössä. Avannepotilaiden ohjauksessa korostuvat yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus ja potilaslähtöisyys pätevät myös muiden potilasryhmien hoidossa.

Tutkimuskysymykseen suoliavanneleikatun potilaan ohjauksesta sain mielestäni kattavia tuloksia. Kehittämisehdotuksia voisi huomioda niin käytännön työssä kuin hoitajien koulutuksessakin. Erityisesti avannepotilaita hoitavilla kirurgisilla osastoilla tuntuu olevan selkeä tarve kouluttaa hoitohenkilökuntaa ja tässä sairaalan avannehoitaja voisi olla avuksi. Hauissa ei löytynyt aiemmin tehtyä kirjallisuuskatsausta aiheeseen, jossa olisi

koottu eri tutkimusten tuloksia kattavasti yhteen. Tämä työ osoittaa, että avannepotilaiden ohjauksessa on edelleen useita kehittämiskohteita.

Tämän aiheen tutkimiseen kirjallisuuskatsaus oli oiva menetelmä, sillä aiheesta löytyi kohtuullisen paljon tutkittua tietoa. Suurin osa tutkimuksista oli kuitenkin ulkomailta, vain kolme kaikkiaan 14:stä tutkimuksesta oli tehty Suomessa. Esimerkiksi Aasiassa tehdyssä tutkimuksessa (Tseng ym. 2004) todettiin, ettei heillä vielä ole toimivaa avanehoitaja järjestelmää niin kuin meillä on, joten siellä kehittämistarpeet ovat varmasti erilaiset kuin Suomessa. Niin Taiwanissa kuin Turkissa (Cakmak ym. 2010; Tseng ym. 2004) tehdyissä tutkimuksissa mainittiin naisten asema yhteiskunnassa ja kulttuurissa, joka vaikuttaa erityisesti naiseen omaisena. Heidän kulttuureissaan nainen lähes automaattisesti hoitaa miehensä tai isänsä avannetta ja siksi heidän taakkansa omaisina voi olla erilainen kuin länsimaalaisilla naisilla. Myös Portugalissa (Cotrim & Pereira 2008) tehdyssä tutkimuksessa useat puoliset hoitivat miehensä avannetta.

Jatkossa tutkimusta voisikin tehdä erityisesti suomalaisten avannepotilaiden kokemuksista. Menetelmänä voisi olla mikä tahansa kirjallisuuskatsauksesta määrälliseen ja laadulliseen tutkimukseen. Kirjallisuuskatsaukseen pelkästään suomalaisista tutkimuksista voi olla vaikea saada riittävästi materiaalia. Tuloksissa korostui erityisesti psyykkisen, emotionaalisen, seksuaalisen ja sosiaalisen tiedon ja tuen puutteet. Laadullista tutkimusta voisi tehdä siitä, miten nämä avannepotilaiden tiedon ja tuen tarpeet kohdataan oikein ja tyydyttävällä tavalla.

Tutkimus on eettisesti hyvä, jos sen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusetiikka on yhteiskunnalle ja ulkopuolisille henkilöille aiheutuvien hyötyjen ja haittojen arviointia liittyen tutkimushankkeen valintaan, tutkimuksen toteuttamiseen, tutkimustulosten julkaisemiseen ja tiedon soveltamiseen (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75). Tutkimuksen laadukas toteutus on osa eettisyyttä, eli luotettavuus ja arviointikriteerit kulkevat käsi kädessä eettisyyden kanssa. Jo aiheenvalinta on ensimmäinen eettinen kysymys. Voidaan kysyä että mikä on tutkimuksen merkitys ja kenen ehdoilla sitä tehdään. Erityisesti ihmistieteissä, johon hoitotiedekin kuuluu, nousevat asiakkaiden tai potilaiden oikeudet usein esiin. (Remes ym 2008, 24-25; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125-127.)

Tässä opinnäytetyöprosessissa juuri eettiset kysymykset muuttivat tutkimuksen suunnan

määrällisestä tutkimuksesta kirjallisuuskatsaukseen. Potilaita ei haluttu turhaan vaivata uudella samantapaisella tutkimuksella lyhyen ajan sisällä. Nykyinen kirjallisuuskatsaus on yhteiskunnallisesti hyödyllinen ja tulokset sovellettavissa sekä koulutukseen että ohjaukseen. Katsaus kokosi yhteen tuloksia laajasta joukosta tutkimuksia ja toi esille kehittämiskohteita avannepotilaiden ohjauksessa. Opinnäytetyöstä tehtiin hankkeistusso-
pimus (Liite 3.) Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun kanssa, jotta tuloksia voidaan käyttää hyväksi sairaanhoitajien koulutuksessa.

Tutkijan tulee aina noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja sen arvioinnissa. Tutkimukseen tulee so-
veltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia, eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tuloksia julkaistessa tulee toteuttaa avoimuutta tie-
teellisen tiedon luonteen mukaan. Tutkijan tulee työssään antaa muille tutkijoille ja tut-
kimuksille niiden ansaitsema arvo. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida
yksityiskohtaisesti, tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. (Remes ym.
2008, 23-24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.) Lisäksi on ohjeita koskien muun mu-
assa tutkijoiden asemaa, tutkimuksen rahoituslähteitä ja henkilöstö- ja taloushallintoa,
jotka eivät sinällään liity näin pieneen, opinnäytetyönä yhden tutkijan omin varoin to-
teuttamaan tutkimukseen.

Kirjallisuuskatsauksessa eettisyys liittyy tutkimuksen luotettavuuteen ja prosessin tark-
kaan raportointiin. Tässä työssä on raportoitu tarkkaan aineiston valintakriteerit sekä
haku- ja valintaprosessit. Luotettavuutta tässä työssä voi heikentää se, että tutkijoita oli
vain yksi. Suositeltavaa olisi, että aina vähintään kaksi tutkijaa lukisi aineistot itsenäi-
sesti ja mukaan valitaan vain molempien hyväksymät artikkelit. (Glasziou 2001, 28-29).
Kuitenkaan sopivia tuloksia ei ollut tarjolla kovin suurta määrää ja käytännössä kaikki
tutkimuskysymykseen vastaavat artikkelit on otettu mukaan. Niinpä aineiston valinta ei
oletettavasti ole vaikuttanut saatuun tutkimustulokseen.

LÄHTEET

Aapro, Sari & Kupiainen, Harriet & Leander, Marketta 2008. Ravitsemushoito käytännössä. WSOY, Helsinki.

Ahonen, Outi & Blek-Vehkaluoto, Mari & Ekola, Sirkka & Partamies, Sanna & Sulo-saari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. SanomaPro, Helsinki.

Burch, Jennie, Stoma Care 2008. Luettu 9.10.2012 osoitteesta: <http://site.ebrary.com>

Cakmak, Atik & Aylaz, Gökce & Kuzu, M. Ayhan 2010. Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses. World Journal of surgery 34 (2010), 2872-2876.

Cotrim, Hortense & Pereira, Graca 2008. Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. European Journal of Oncology Nursing 12 (2008), 217-226.

Eloranta, Sini & Vähätalo, Mervi & Rasimus, Mari & Elomaa, Leena & Johansson, Kirsi 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. Tutkiva hoitotyö 8 (1) 4-11.

Glasziou, Paul 2001. Systematic reviews in Health care: a practical guide. Cambridge University press, Port Chester, NY, USA. Luettu 27.1.2013 osoitteesta: <http://site.ebrary.com>

Haglund, Berit & Huupponen, Terttu & Ventola, Anna-Liisa & Hakala-Lahtinen, Pirjo 2007. Ihmisen ravitsemus. WSOY, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY, Porvoo.

Holzer, B & Gaysi, A & Schiessel, R & Rosen, H.R. 2005. Patient's expectations of colorectal surgery for cancer. Colorectal Disease 8(2005), 186-191.

Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Tammi, Helsinki.

Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001. Hoitamisen taito. Tammi, Helsinki.

Iso-Kivijärvi, Marketta & Keskitalo, Outi & Kukkola, Katja & Ojala, Pia & Olsbo, Annikki & Pohjola, Mervi & Väänänen, Helena 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistopaino, Oulu, 10-18.

Johansson, Kirsi & Axelin, Anna & Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Sys-

temaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Digipaino-Turun yliopisto, Turku.

Johansson, Kirsi & Salanterä, Sanna & Katajisto, Jouko 2007. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study. *Patient education and counseling*. 66(2007), 84-91.

Krouse, Robert S. & Grant, Marcia & Rawl, Susan M. & Mohler, Jane M. & Baldwin, Carol M. & Coons, Stephen Joel & McCorkle, Ruth & Schmidt, C. Max & Ko, Clifford Y. 2009. Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Journal of psychosomatic research* 66(2009), 227-233.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 6 (4) 2008, 10-15.

Lahtinen, Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet, Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopistopaino, Oulu, 6-9.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Liimatainen, Teija 2007. Avanneleikatun ja läheisen tuensaanti ja selviytyminen hoitajakson aikana läheisen kuvaamana. Tampereen yliopisto, Tampere. Pro gradu -tutkielma.

Liukkonen, Kirsi & Hokkanen, Ulla 2003. Avanne. AO-paino, Mikkeli.

Lindroos, Jari 2001. Kuntoutuskurssille osallistuneiden avanneleikattujen liikunnan harrastaminen ja fyysinen kunto. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, pro gradu -tutkielma.

Metsämuuronen, Jari 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jaabes OU, Voru, Viro.

Notter, Joy & Burnard, Philip 2006. Preparing for loop ileostomy surgery: Women's accounts from a qualitative study. *International Journal of nursing studies* 43 (2006), 147-159.

O'Connor, Gloria & Coates, Vivien & O'Neill, Siobhan. Exploring the information needs of patients with cancer of the rectum. *European journal of oncology nursing*. 14(2010), 271-277.

Onnismäa, Jussi 2011. Ohjaus- ja neuvontatyö: aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Haka-paino, Helsinki.

Parahoo, Kader 1997. Nursing research. Principles, process and issues. Creative print and design, Wales, Great Britain.

Persson, Eva & Gustavsson, Bengt & Hellström, Anna-Lena & Lappas, George & Hultén, Leif 2003. Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of advanced nursing* 49(1), 51-58.

Popek, Sarah & Grant, Marcia & Gemmil, Robin & Wendel, Christopher S. & Mohler, Jane M. & Rawl, Susan M. & Baldwin, Carol M. & Ko, Clifford Y. & Schmidt, Max C. & Krouse, Robert S. 2010. Overcoming challenges: life with an ostomy. *The American Journal of Surgery* 200(2010), 640-645.

Ryynänen, Olli-Pekka & Myllykangas, Markku 2000. Terveystieteiden etiikka. Arvot monimuotoisuuden maailmassa. WSOY, Helsinki.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston julkaisuja, Vaasa. Luettu ja tallennettu 9.1.2012 osoitteesta URL: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salminen-Tuomaala, Mari & Kaappola, Anu & Kurikka, Sirpa & Leikkola, Päivi & Vanninen, Johanna & Paavilainen, Eija 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjalisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 8 (4) 2010.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 27.10.2012 osoitteesta URL: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Seppänen, Riikka 2010. Suoliavanneleikattujen potilaiden näkemyksiä sairaalassaolon aikaisesta suoliavanneohjauksesta. *Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Pohjoinen Oulu. Opinnäytetyö.*

Sharpe, Louise & Patel, Deepa & Clarke, Stephen 2011. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of psychosomatic research* 70(2011), 395-402.

Simmons, Kingsley, L. & Smith, Jane A. & Bobb, Karen-Ann & Liles, Laura L.M. 2007. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of advanced nursing* 60(6), 627-635.

Tietoa avanteesta. Opas avanne- ja vastaavasti leikatuille sekä heidän läheisilleen, 2003. Uusittu ja tarkistettu painos. Tulostettu 3.12.2012 osoitteesta URL: http://www.turunseudunilco.fi/TA_04.pdf.

Tseng, Hui-Chen & Wang, Hsiu-Huang & Hsu, Yun-Yun & Weng, Wei-Che 2004. Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies. *Kaohsiung journal of medical sciences* 20(2004), 70-76.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Worster, Barbara & Holmes, Susan 2009. A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 13(2009), 315-322.

Worster, Barbara & Holmes, Susan 2008. The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing* 12(2008), 418-424.

Younis, Jenan & Salerna, Gisella & Fanto, Daniela & Hadjipavlou, Marios & Chellar, Daniel & Trickett, Jonathan P. 2012. Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme. *International Journal of colorectal disease* 27(2012), 43-47.

Zheng, Mei-Chun & Zhang, Jun-E & Qin, Hui-Ying & Fang, Yu-Jing & Wu, Xiao-Jun 2012. Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: Views and experiences of patients and enterostomal nurses. *European Journal of oncology nursing* xxx(2012), 1-6.

Liitteet

Liite 1. Taulukko alkuperäistutkimuksista

| Tutkimus, Tekijä, julkaisu vuosi, paikka | Tarkoitus ja tavoitteet | Kohderyhmä, aineiston keruu ja analysointi | Tulokset ja kehittämissuhteet (→ alakategoriat) |
|---|---|--|---|
| Overcoming challenges: life with an ostomy Sarah Popek, Marcia Grant, Robin Gemmil, Christopher S. Wendel, M. Jane Mohler, Susan M. Rawl, Carol M. Baldwin, Clifford Y. Ko, C. Max Schmidt, Robert S. Krouse 2010 Yhdysvallat | -Avannepotilaiden terveyteen liittyvän elämänlaadun tutkiminen (vaihe1) - Hyvän ja huonon elämänlaadun omaavien potilaiden taustatekijöiden ja selviytymiskeinojen selvittäminen (vaihe 2) - Raportissa kuvataan paksusuolileikkauksen vastauksia | Vaihe 1: 239 vastaajaa, kyselylomake Vaihe 2: 16 osallistujaa, jotka jaettiin kahteen 1. vaiheen vastausten perusteella ja ryhmät kävivät kyselyn teemoihin liittyen ohjatun keskustelun, joka nauhoitettiin, puhtaaksi kirjoitettiin ja analysoitiin tutkimusaineistosta | - Ryhmät kohtasivat samoja ongelmia mutta tulkitivat ja hoitivat niitä eri tavoin. Hyvän elämänlaadun omaavat olivat optimistisempia, kekseliäämpiä, ylteitä ja kiitollisia hengestään. Huonon elämänlaadun omaavilla taas oli heikot selviytymiskyvyt, he olivat tyytymättömiä hoitoonsa ja vähemmän motivoituneita hoitamaan sairauttaan. - potilaiden sosiaalisen, psykologisen ja lääketieteellisen tilan tunteminen auttaisi tunnistamaan ongelma-alueita potilaat ja ongelmia voisi ennaltaehkäistä esim. tuki-ryhmien, preoperatiivisen opetuksen ja vertaistuen avulla → taustatiedot, selviytymiskeinot, yksilöllisyys |
| Coping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas Robert S. Krouse, Marcia Grant, Susan M. Rawl, Jane Mohler, Carol M. Baldwin, Stephen Joel Coons, Ruth Mc Corkle, C. Max Schmidt, Clifford Y. Ko | - Ymmärtää paremmin avannepotilaiden näkemyksiä heidän kohtaamistaan suurimmista haasteista | - 239 vastaajaa elämäntilakyselyssä, josta tässä käsitellään yhtä avointa kysymystä, johon vastasi 163 osallistujaa - laadullinen tutkimus - sisällön-analyysi | - selviytyminen ja hyväksyntä ovat yleisimmät kuvatut haasteet - hoitohenkilökunta voi auttaa hyödyntämällä avannepotilaiden kuvaamia itsehallinta strategioita, kokemusta ja neuvoja - miehille ehkä apua rohkaisusta hoitoon tarvittavien välineiden hallintaan - naiset tarvitsevat empatiaa ja neuvoja avanteen emotionaalisen ja psykologisen vaikutuksen käsittelyyn - hyväksymistä voivat auttaa; avanteen positiivisen vaikutuksen ymmärtäminen, huumori selviytymiskeinona, elämän suuremman merkityksen löytäminen, mahdollinen elämän normalisoituminen lopulta →vertaistuki, yksilöllisyys, potilaslähtöisyys |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 2009, Yhdysvallat | | | |
| Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies Hui Chen Tseng, Hsiu-Hung Wang, Yun-Yun Hsu, Wei-Che Weng 2004, Taiwan | - tutkia stressiin liittyviä tekijöitä pysyvän paksusuoliavanteen omaavilla potilailla | - 73 vastaajaa, kyselytutkimus | - muut sairaudet ja hoitoon osallistuvat läheiset vaikuttavat potilaiden stressiin -5 yleisintä stressitekijää; virtsaamisongelmat, fyysisen kunnon heikkeneminen ja väsymys, matkustamisen rajoittuminen, huoli sairauden uusimisesta, unettomuus - omaisista voi olla apua stressin lievittämisessä ja minäkuvan muutoksessa - ratkaisuna voisi olla yksilölliset hoitosuunnitelmat, huomioiden potilaan ikä, fyysinen ja psykososiaalinen kunto - omaisille pitäisi tarjota emotionaalista tukea (kuuntelu, terapeutinen ote ja konsultaatio), tiedollista tukea tai muuta, kuten taloudellista tukea → yksilöllinen suunnitelma ja potilaskeskeinen ohjaus, omaisten terveyden huomiointi ja hoitoon mukaan ottaminen |
| The relationship Between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas Louise Sharp, Deepa Patel, Stephen Clarke 2011, Australia | - tutkia avanteen vaikutusta kehonkuvaan paksusuolisyöpä-potilailla ja selvittää ennustavatko kehonkuvan häiriöt muita psykososiaalisia oireita | - 79 paksusuolisyöpäpotilasta (osalla avanne, osalla ei) - potilaiden kehonkuvan häiriöitä, masennusoireita, ahdistuneisuutta ja yleistä uupumusta mitattiin ensin 9 viikkoa leikkauksen jälkeen ja uudelleen liitännäis-hoitojen päätyttyä | - avannepotilailla heikompi kehonkuva, joka vain paheni ajan myötä -huono kehonkuva ennustaa vahvasti ahdistuneisuutta, masennusta ja uupumusta - ruumiinkuvan häiriöt tulee arvioida ja tarvittaessa hoitaa ennen kuin muita ongelmia ilmenee, mieluiten hoito aloitettava jo ennen avanteen tekemistä - esim. kognitiivinen käyttäytymisterapia on auttanut rintasyöpäpotilaita → taustatiedot, potilaslähtöisyys |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Ostomy patient's perceptions of quality of care</p> <p>Eva Persson, Bengt Gustavsson, Anna-Lena Hellström, George Lappas, Leif Hultén</p> <p>2003, Ruotsi</p> | <p>- arvioida avannepotilaiden saaman hoidon laatua potilaiden näkökulmasta</p> | <p>- 91 vastaaja, joista 42 ohutsuolileikattua ja 49 paksusuolileikattua</p> <p>- kyselytutkimus</p> | <p>- kolmasosa paksusuolileikatuista ja puolet ohutsuolileikatuista oli tyytymättömiä saamaansa tietoon lääketieteellisistä tutkimuksista ja laboratoriotesteistä, mahdollisuuksiinsa osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin ja keskustella seksuaalista aiheista</p> <p>→ tiedonsaanti, potilaan osallisuus, seksuaalisuus</p> |
| <p>Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and inter-personal relationships</p> <p>Kingsley L. Simmons, Janr A. Smith, Karen-Ann Bobb, Laura L.M. Liles</p> <p>2007, Iso-Brittania</p> | <p>- tutkia sopeutumista ja sen suhdetta avanteen hyväksymiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen, sekä yhteyttä avanteen itsehoidon tehokkuuden ja sopeutumisen välillä hyväksymisen ja sosiaalisen kanssakäymisen läsnäollessa</p> | <p>- 51 potilasta vastasivat kyselyyn 6 kuukautta leikkauksen jälkeen</p> <p>- regressioanalyysi</p> | <p>- avanteeseen sopeutuminen on hoidon pääasiallinen tavoite</p> <p>- sopeutumiseen vaikuttaa: itsehoidon tehokkuus, avanteen hyväksyminen, ihmissuhteet ja avanteen paikka</p> <p>- avanneohjauksessa tulisi rohkaista sosiaaliin aktiviteetteihin ja hyväksymään avanne</p> <p>- potilaan sosiaaliset ja psyykkiset huolet tulisi huomioida paremmin</p> <p>→ sosiaalinen ja psyykkinen tuki, sopeutumisen tukeminen</p> |
| <p>Focused preoperative patient stoma education, prior to ileostomy formation after anterior resection, contributes to a reduction in delayed discharge within the enhanced recovery programme</p> <p>Jenan Younis, Gisella Salerno, Daniela Fanto, Marios Hadjipavlou, Daniel Chellar, Jonathan P. Trickett</p> | <p>- tutkia avannepotilaiden pidentyneitä sairaalassaoloaikoja ennen ja jälkeen</p> <p>ERP:n(parannetun toipumisen ohjelma) käyttöönottoa</p> | <p>- yhteensä 240 avannepotilasta, 120 ennen ja 120 jälkeen ERP:n</p> <p>- tutkittiin keskimääräisiä hoitoaikoja ja viivästyneitä kotiutumisia sekä niiden syitä</p> | <p>- avanteen itsehoidon takia viivästynyttä kotiutumista voidaan merkittävästi ehkäistä preoperatiivisella avanteenhoidon opetuksella parannetun toipumisen ohjelmassa</p> <p>- ERP ja intensiivinen preoperatiivinen ohjaus yhdessä lyhensivät sairaalassaoloaikoja keskimäärin 6 päivällä</p> <p>→ kokonaisvaltainen hoito</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 2011, Iso-Brittania | | | |
| <p>Preparing for loop ileostomy surgery: Women's accounts from a qualitative study</p> <p>Joy Notter, Philip Burnard</p> <p>2004, Iso-Brittania</p> | <p>- kuvailla naispotilaiden kokemuksia iloanaalisäiliöleikkauksesta ja siihen valmistelusta (useimmille tehtiin väliaikainen avanne)</p> | <p>- 50 osallistujaa</p> <p>-laadullinen, kuvaileva tutkimus</p> | <p>- kivunhoito ei ole ollut riittävää</p> <p>- useille ensimmäinen näky avanteesta on ollut traumaattinen, mikä vaikeutti avanteen hyväksymistä</p> <p>- pre- ja postoperatiivinen ohjaus ja tuki riittämätöntä, omaiset jääneet huomiotta</p> <p>- juuri tähän leikkaukseen valmistava materiaali puutteellista</p> <p>→ hoitajien koulutus, kirjallisten materiaalien kehittäminen, omaiset, psyykkinen tuki</p> |
| <p>Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: Views and experiences of patients and enterostomal nurses</p> <p>Mei-Chun Zheng, Jun-E Zhang, Hui-Yin Qin, Yu-Jing Fang, Xiao-Jun Wu</p> <p>2012, Kiina</p> | <p>- selvittää potilaiden ja suoliavanne-hoitajien näkemyksiä kotiutuneiden paksusuolileikkattujen puhelinseurantaohjelmasta</p> | <p>-puolistrukturoitu haastattelu 11 potilaalle sekä 7 hoitajalle</p> <p>- laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi</p> | <p>- kaikki potilaat olivat tyytyväisiä ohjelmaan</p> <p>- hoitajan soitto vahvisti tietoa, poisti väärinkäsityksiä ja paransi potilaan fyysistä ja emotionaalista hyvinvointia</p> <p>- soitto pian kotiutumisen jälkeen toi psyykkistä tukea ja neuvoja avanteen hoitoon oikeaan aikaan</p> <p>→ rohkaisu ohjauksen ajoitus</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Permanent stoma not only affects patients' quality of life but also that of their spouses Atıl Çakmak, Gökçe Aylaz, M. Ayhan Kuzu 2010, Turkki</p> | <p>- arvioida niiden potilaiden puolisoitten elämänlaatua, joille on tehty peräaukon uhräa- va peräsuoli- syöpäleikkaus</p> | <p>- kyselytutkimus 56 parille (puolisoista 30 naisia ja 26 miehiä)</p> | <p>- yli puolet kertoo seksuaalisen aktiivisuuden loppuneen, lähes puolet kertoo viettävänsä enemmän aikaa kotona, useat puoliset hoitavat toisen puolesta avannetta - myös puoliso tulee huomioida ohjauksessa, erityisesti puhuttaessa sosiaalisista ja seksuaalisista vaikutuksista - preoperatiivisessa ohjauksessa puoliso tulisi ottaa mukaan ja käydä läpi avanteen vaikutuksia sosiaaliseen ja seksuaaliseen elämään → omaiset mukaan ohjaukseen</p> |
| <p>Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care Hortense Cotrim, Graça Pereira 2008, Portugali</p> | <p>- tunnistaa ja arvioida kolorektaalisyövän vaikutusta potilaaseen ja perheeseen</p> | <p>- kuvaileva tutkimus, vastaajina 153 potilasta ja 96 omaista</p> | <p>- avanneleikatut kuvasivat muita syöpäpotilaita huonomman elämänlaadun, kehonkuvan, heikomman terveyteen liittyvän elämänlaadun ja kehnon sosiaalisen ja seksuaalisen aktiviteetin - myös avanneleikattujen omaisilla oli enemmän masennusta ja ahdistuneisuutta - potilaan ja omaisen tiedontarpeet tulee arvioida tarkkaan - avanteen vaikutusta elämään ei saa aliarvioida - omaisten tiedonpuute ja riittämättömyyden tunne aiheuttaa ahdistusta ja masennusta → omaiset mukaan ohjaukseen, yksilöllisyys</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus Sini Eloranta, Mervi Vähätalo, Mari Rasmus, Leena Elomaa, Kirsi Johansson 2010, Suomi</p> | <p>- kuvata voimavarastumista tukevan polikliinisen ohjauksen toteutumista avannepotilaiden ja avannehoitajien näkökulmasta</p> | <p>- 10 preoperatiivista potilashaastattelua, 5 postoperatiivista haastattelua sekä kuuden hoitajan ohjaustilanteissa dokumentoimat seurantalomakkeet(N=60) - haastatteluiden analyysi deduktii-visella sisällönanalyysillä, hoitajien havainnot kvantifioitiin ja kuvattiin frekvensseinä</p> | <p>- kokemuksellisen tiedon, kuten tunteiden käsittely jäänyt vähäiseksi - eettistä osa-aluetta et oltu käsitelty lainkaan - käsitekartta on menetelmä, joka helpottaa tiedon jäsentämistä ja auttaa tunnistamaan potilaan yksilölliset ohjaustarpeet</p> <p>→ emotionaalinen tuki, eettinen osio, yksilöllisyys, ohjauksen kehittäminen</p> |
| <p>Suoliavanneleikattujen potilaiden näkemyksiä sairaalassaolon aikaisesta suoliavanneohjauksesta, opinnäytetyö Riikka Seppänen 2010, Suomi</p> | <p>- kartoittaa suoliavanneleikattujen näkemyksiä saamaastaan suoliavanneohjauksesta</p> | <p>- kyselytutkimus, 14 vastaajaa</p> | <p>- potilaat toivovat lisäkeskustelua avanteen vaikutuksista työnteeseen, itsetuntoon, harrastuksiin, ihmissuhteisiin ja sukupuoliseen kanssakäymiseen</p> <p>→sosiaalinen ja emotionaalinen tuki, seksuaalisuus</p> |
| <p>Avanneleikatun potilaan ja läheisen tuensaanti ja selviytyminen hoitojakson aikana läheisen kuvaamana, pro gradu-tutkielma. Teija Liimatainen 2007, Suomi</p> | <p>- kuvata avanneleikatun potilaan ja hänen läheisensä tuensaantia ja selviytymistä hoitojakson aikana</p> | <p>- 10 haastateltavaa, Puolistrukturoitu haastattelu - induktiivinen sisällönanalyysi</p> | <p>- Puutteita löytyi lähinnä tiedonantotavasta ja tiedonsaannin ajankohdassa. - Tutkimuksessa tuli esille myös hoitajien osaamattomuus sekä ohjauskertojen vähyys. - Läheisen tiedonsaantiin vaikutti oleellisesti myös heidän osallistumisensa potilaan hoitoon. - Joidenkin kohdalla vertaistuki ei ollut toteutunut toiveista huolimatta. - Potilailla ja omaisilla ilmeni emotionaalisen tuen puutetta. Hoitajilta saatu tuki koettiin osin riittämättömäksi ja ammattitaito tukea puutteelliseksi. - Läheiselle tuli tunne, että hänen taitonsa tukea potilasta eivät riittä-</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>neen vaan tarvittaisiin ammattiauttajaa.</p> <p>-(hoitoa) heikentävinä tekijöinä koettiin hoitavien ihmisten epäasiallisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - sekavat ja epäsiistit huonekaverit aiheuttivat pelkoa - läheinen jäi hoidon ulkopuolelle, ei kannustettu osallistumaan hoitoon - ongelmia siirtymävaiheessa kotiin, tieto kotiutuksesta tuli myöhään - eivät saaneet ohjausta kotona toteutettavaan kivunhoitoon <p>→ hoitajien tiedot, taidot ja asenteet, ohjauksen kehittäminen, resurssit, vertaistuki, omaiset mukaan, emotionaalinen tuki(myös omaiselle+ taitoja tukea potilasta), hoidon jatkuvuus</p> |
|--|--|--|---|

Liite 2.

| Mitä kehittämiskohteita ohut- ja paksusuoliavan- ne-leikattujen ohjaukses- sa? | Alakategoria | Yhdistävä kategoria |
|--|---------------------|--|
| Omaisien ohjaus hoitoon ja tukemiseen | Omaiset | Avannepotilaan ja hänen omai- sensa kokonaisval- tainen hoito ja yk- silöllisyyden huo- mioiva ohjaus |
| Omaisien tukeminen | | |
| ----- | | |
| Preop. opetus, tukiryh- mät, vertaistuki ongel- mapotilaille | | |
| Tiedontarpeiden kartoit- taminen | | |
| Potilaan ymmärtämisen varmistaminen | Yksilöllinen ohjaus | |
| Kirjallisen materiaalin ke- hittäminen koskemaan tiettyjä potilasryhmiä | | |
| Avanteen todelliset vaiku- tukset elämään (työ, har- rastukset, ihmissuhteet, seksuaalinen kanssakäy- minen) | | |
| län, sukupuolen, psyko- logisen kehitystason, fyys- isen kunnon ja sairauksi- en tunteminen ja huomi- oiminen hoito- ja kotiutus- suunnitelmissa | | |
| Potilaan fyysisen, psyykki- sen ja sosiaalisen tilan tun- teminen ongelmien en- nakoimiseksi | | |
| Avanteen positiivisten vaikutusten miettiminen, mahdollisuus elämän normalisoitumiseen, huu- morin muistaminen, elä- män tarkoituksen pohti- minen | | |
| Rohkaisu, kannustaminen 'normaaliin elämään' pa- luuseen | | |
| ----- | | |

Ajallaan tapahtuva ohjaus

Enemmän ohjauskäyntejä

Ohjauksen sisältöjen tarkistaminen

Potilaan osallistuminen hoitoon ja päätöksiin

Hoidon tason arviointi

Hoitajien tiedot, taidot ja asenteet

Emotionaalinen, psyykinen, sosiaalinen, seksuaalisuuden tuki ja ohjaus

Hoidon jatkuvuuden varmistaminen kotiutuessa

Potilaan sosiaalisiin ja psyykkisiin huoliin tarttuminen

Kivunhoito

Ohjauksen kehittäminen

Hoitokulttuuri, koulutus

Kokonaisvaltainen hoito

Liite 3.

Liite 3.

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

| | | | |
|-----------------------|---|------------------|--|
| Toimeksiantaja | | | |
| Nimi | Kemi-Tornio AMK, Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta | | |
| Osoite | Meripuistokatu 26, 94100 Kemi | | |
| Puh. | | Sähköpostiosoite | |

| | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------------|--|
| Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja | | | |
| Nimi | Anja Mikkola ja Sirpa Orajarvi | | |
| Osoite | | | |
| Puh. | | Sähköpostiosoite | |

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------|--|
| Oppilaitoksen tiedot | | | |
| Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu | | | |
| Opinnäytetyön ohjaajan nimi | Anja Mikkola ja Sirpa Orajarvi | | |
| Nimi | | | |
| Osoite | | | |
| Puh. | | Sähköpostiosoite | |

| |
|---|
| Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot) |
| Hanna Miettunen, hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja, hanna_miettunen@netti.fi |

| | |
|---|---|
| Opiskelijanatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot: | |
| Opinnäytetyön nimi/aihe | Ohut- ja paksusuoli avanneleikkattujen ohjaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus |
| Työn aikataulu | Kevät 2011-kevät 2013 |
| Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa | opinnäytetyöntekijä Hanna Miettunen |
| Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa | - |

Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

- ☐ Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- ☒ Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- ☒ Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka Kemi Aika 15/2 2013

Sirpa Orajarvi Anja Mikkola

AMK:n edustaja Toimeksiantajan edustaja

Hanna Miettunen

Opinnäytetyön tekijä(t)